Über das Chorionepitheliom im praeklimakterischen Alter.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL VORGELEGT VON

VIKTOR TSCHIRKY AUS MELS.

VON DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT BASEL GENEHMIGT AUF ANTRAG VON PROF. DR. A. LABHARDT.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Vorliegende Arbeit stammt aus dem Frauenspital der kant. Krankenanstalt Aarau (Vorsteher Priv.-Doz. Dr. Paul Hüssy).

Die Geschichte des Chorionepithelioms reicht zurück bis in das Jahr 1867, wo Rudolf Maier über 2 Fälle von „Geschwulstbildungen mit dem Bau des Decidualgewebes“ geschrieben hat. Aber erst Sänger hat im Jahre 1887 das Chorionepitheliom klinisch und pathologisch-anatomisch als besondere Geschwulst differenziert. Des weiteren haben sich Gottschalk, H. Meyer und vor allem L. Fränkel und F. Marchand um die genauere Erforschung und Charakterisierung verdient gemacht.

Das Chorionepitheliom ist eine Geschwulst, welche vom foetalen Trophoblast abgeleitet wird. Es dürfte wohl unrichtig sein, zu sagen: vom foetalen Ektoderm, da die neuesten Forschungen über Eientwicklung und Eieinbettung ergeben haben, dass das eigentliche foetale Ektoderm nicht daran beteiligt ist. Am histologischen Aufbau beteiligen sich die Langhans'schen Zellschichtzellen und das Syncytium, Zotten und Zottenbindegewebe finden sich nur selten und sind ohne Bedeutung. Die Herkunft des Syncytium dürfte nunmehr definitiv dahin entschieden sein, dass es aus der Langhans'schen Zellschicht hervorgeht. Die Ausgangsstelle des Chorionepithelioms ist in der Regel die Inplantationsstelle des Spermoviums und somit die Schleimhaut der Uterushöhle. Daneben kennt man auch primäre Tuben- und Ovarialgeschwülste und als eine besondere Gruppe die heterotopen oder ektopischen Chorionepitheliome i. S. von Dunger. Ausserdem verzeichnet die Literatur bereits 9 sichere Fälle von reinen Keimdrüsenchorionepitheliomen des Mannes (Forster).

Physiologisch-biologisch zeigt das Chorionepitheliom hauptsächlich im Verhalten zu den Gefässen die innigste Verwandtschaft, ja geradezu Identität zum Trophoblast. Es teilt mit ihm die enorme Proliferation der Elemente, die Destruktions-

1923

und Arrosionskraft, die es aber meist in gesteigertem Masse besitzt. Das Wachstum der Geschwulst in den venösen Gefässen erklärt uns ihre Farbe, die ausschliessliche Metastasierung auf dem Blutwege, die Arrosionsfähigkeit hinwieder erklärt uns die paradoxen Metastasen und die im klinischen Bilde oft auftretenden abundanten Blutungen, sicher verstärkt durch die blutgerinnungshemmende Eigenschaft. Das rasche Wachstum der Geschwulstelemente, sowie die Blutungen und innersekretorischen Intoxikationen der Geschwulst erklären uns handgreiflich die erschreckende Kachexie mit der Albuminurie und das schnelle Emporschiessen von Recidiven.

Den aetiologischen Momenten, wie sie von Marchand, Ribbert, Schlagenhaufer, Kworostansky u. a. angeführt wurden, sind fast von jedem Autor neue hinzugefügt worden. Besonders die theoretischen Ansichten über die Syncytiolysine von Scholten-Veit sind durch praktische, serologische Untersuchungen von Kraus und seinen Mitarbeitern und durch die Untersuchungen von Frankl auf eine exakte und viel versprechende Basis gestellt worden. Weiterhin hat in neuester Zeit Forster die Frage aufgeworfen, ob nicht das Spermium die Ursache zur malignen Wucherung abgebe, besonders gestützt auf das Vorkommen des Chorionepithelioms beim Manne.

Klinisch und pathologisch-anatomisch muss das Chorionepitheliom auch heute noch als absolut bösartig angesehen werden. Es nimmt aber eine Sonderstellung ein unter den Geschwülsten im Bezug auf die erwiesene Spontanheilung, auf die lange Latenzzeit der Autoren und auf den zeitlich bestimmten Krankheitsbeginn. Hier ist eine Gravidität schlechthin als Antezedenz gefordert, wo der Keim der Geschwulst gelegt wird. Als das häufigste Antezedenz ist statistisch die Schwangerschaft mit Ausgang in Blasenmole erwiesen. Für diese ist in neuern Statistiken festgestellt, dass ihre Häufigkeit proportional geht der Gebährfähigkeit jedes Alters. Dagegen stellen ältere Statistiken ein gehäuftes Vorkommen zu den Gebärverhältnissen des praeklimakterischen Alters fest. Unsere kasuistischen Fälle veranlassten mich zu einem statistischen Vergleich der Blasenmole mit dem Chorionepitheliom. Für das Chorionepitheliom hat sich mir in einer Statistik von 150 Fällen folgende Aufstellung ergeben:

			Von Krösings 100 Fällen	Von 51 299 Geburten *)
Bis 20 Jahre	= 7 Fälle	= 4,66 %	= 3 %	4,39 %
Von 21—30 „	= 50 „	= 33,33 %	= 36 %	58,54 %
„ 31—40 „	= 45 „	= 30,0 %	= 21 %	32,80 %
„ 41—50 „	= 38 „	= 25,33 %	= 10 %	3,8 %
„ 50 und mehr „	= 10 „	= 6,66 %	= 8 %	0,008 % = 4 Geb.

*) Geburtsstatistik von Berlin vom Jahre 1898.

Die 48 Fälle von Chorionepitheliomen im praeklimakterischen Alter weisen als Antezedenz auf:

30 mal	Blasenmole	= 62,5 %	48 %	allgemein nach
9 „	Abort	= 18,7 %	30 %	Hitschmann und
5 „	normale Geburt	= 10,4 %	22 %	Christofoletti
4 „	nicht feststellbar	= 8,4 %		

Während heute allgemein unter den Autoren angenommen wird, dass die Blasenmole im Maximum in 50 %, im Mittel in 44 % dem Chorionepitheliom vorausgehe, weisen die 48 Fälle einen wesentlich höheren Prozentsatz auf, nämlich 62,5 %.

Der Kasuistik füge ich kurz 2 neue Fälle bei. Im ersten Falle haben wir eine 49jährige V Para von anamnestisch gesunder Konstitution. Sie erkrankt 11 Jahre nach normaler Geburt, kurz nach beginnender neuer Gravidität, die in Blasenmole mit gleichzeitig maligner Degeneration ausgeht, an Chorionepitheliom. Sie wird 2 Monate nach den ersten Symptomen radikaloperiert, erliegt $4^1/_2$ Monate darnach an Darmmetastasen infolge abundanter Blutungen. Primärtumor und Metastasen erweisen sich als atypische Form des Chorionepithelioms.

Im zweiten Falle sehen wir eine 49jährige VI Para von schwächlicher Konstitution. Sie zeigt, 6 Jahre nach durchgemachtem Abort, Symptome des beginnenden Klimakteriums, wird ein Jahr später gravid, gebärt eine Blasenmole von bereits maligner Degeneration in der Form eines mehr atypischen Chorionepithelioms. Patientin hat 11 Monate nach vaginaler Totalexstirpation noch kein lokales Recidiv, keine Symptome von Metastasen.

Der erste Fall ist beachtenswert, einmal wegen des Alters der Patientin im Hinblick auf Erkrankung an Chorionepitheliom. Sodann ist dieser Fall im Verhalten zur langen Latenzzeit der Autoren, welche gerade in diesem Alter viel zu wenig auf die Möglichkeit einer Konzeption abstellen, wobei aber die Bedingungen für gutes Gedeihen eines Eies geschwunden sind, vielleicht beweisend entgegengesetzt. Die Autoren der langen Latenzzeit stützen sich ja auf die subjektiven Angaben der Frauen, auf angeblich eingetretenes Klimakterium, auf Hypothesen und zufällige Befunde einiger Forscher. Sicher dürfte dieser Fall bisher der einzige in der Literatur sein, der so ausgesprochen an Verblutung durch Darmmetastasen zu Grunde ging.

Der zweite Fall bildet gleichsam eine Ergänzung zum ersten. Beide Fälle zusammengestellt geben im klinischen Verlauf fast alle Einzelheiten, die für das Chorionepitheliom charakteristisch sind. In beiden Fällen wurde ein serologischer Versuch auf Abbaufähigkeit von foetalem Gewebe mit Kontrollversuchen gemacht.

Schlussfolgerung.

Auf Grund der aufgestellten Statistik komme ich zum Schlusse, dass

1. das Chorionepitheliom im praeklimakterischen Alter relativ viel häufiger ist als zu irgend einer anderen Zeit der weiblichen Gebärfähigkeit;
2. die Blasenmole im praeklimakterischen Alter als Antezedenz des Chorionepithelioms einen bedeutend höheren Prozentsatz aufweist als im allgemeinen, d. h. die Blasenmole zeigt in diesem Alter gehäufte maligne Degeneration.

Auf Grund der beschriebenen kasuistischen Fälle und auf Grund von allgemeinen Überlegungen stehe ich der langen Latenzzeit skeptisch, eher ablehnend gegenüber. Das Schicksal dieser beiden Patientinnen dürfte eine neue Mahnung sein, alle Abrasionen, selbst unverdächtige, mikroskopisch gründlich zu untersuchen. Aus dem serologischen Verhalten dieser beiden Fälle dürfen keine Schlüsse gezogen werden.